
Sistematització del benchmarking en salut pública



©2020 Agència de Salut Pública de Barcelona

Tots els drets reservats. No es permet la reproducció total ni parcial de las imatges o textos d'aquesta publicació sense prèvia autorització.

<https://www.aspb.cat/documents/sistematitzacio-benchmarking-salut-publica>

Sistematització del benchmarking en salut pública. Una proposta operativa per als nostres serveis de l'Agència de Salut Pública de Barcelona està subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Els permisos addicionals als d'aquesta llicència es poden trobar a:

<https://www.aspb.cat/>



Sistematització del benchmarking en salut pública. Una proposta operativa per als nostres serveis

Presidenta de l'Agència de Salut Pública i Regidora de Salut, Envel·liment i Cures de l'Ajuntament de Barcelona

Gemma Tarafa i Orpinell

Gerenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Carme Borrell i Thió

Responsables de l'Informe

Jorge L Díaz-González, Alejo García-Rodríguez, Joan R Villalbí

Agraïments

Els autors volen agrair a totes les persones de l'Agència la seva feina de registre que contribueix a la recollida de dades per a l'elaboració d'indicadors de gestió. També volen expressar el seu agraïment a Elena Martín-Maganto de Madrid Salud per la seva ajuda en l'obtenció de dades, i a Antoni Rubies i Teresa Subirana del Laboratori de l'Agència el seu suport per entendre i interpretar les acreditacions de l'ENAC.

Índex

Antecedents	4
Mètodes	5
Procés	6
Comparació d'indicadors	8
Vigilància epidemiològica	8
Prevenció i promoció de la salut	14
Prevenció i atenció a les drogodependències	18
Protecció de la salut	19
Laboratori	20
Recerca	22
Gestió econòmicofinancera	22
Conclusions i recomanacions	24
Alguns condicionants i aspectes de millora	24
Aspectes per als quals es podrien definir nous indicadors	25
Proposta inicial d'indicadors per a una comparació més sistemàtica	26
Referències	28

Antecedents

La millora contínua de la gestió hauria de ser un dels objectius fonamentals de les organitzacions del sector públic. Dins d'aquesta, la comparació externa o benchmarking permet incloure en el procés d'avaluació elements que ajuden a identificar bones pràctiques en altres organitzacions de característiques similars.

Per a dur-se a terme de manera adequada, la comparació externa necessita disposar d'instruments de mesurament, variables, coeficients i indicadors. En els serveis assistencials de salut com els hospitals, existeix una àmplia experiència en la comparació externa i l'elaboració d'indicadors d'assistència, tant pensant en la productivitat com en costos, fins i tot en aspectes de qualitat com a capacitat resolutiva, efectivitat o incidència de successos adversos prevenibles. En canvi, per als serveis de salut pública hi ha menys experiència. Potser és més difícil de sistematitzar, en cobrir un espectre d'activitats ampli i relativament heterogeni, que pot dificultar aquest procés. Això és especialment rellevant en el cas d'indicadors de resultats, cobertura o qualitat (1).

Fins al moment, a l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) s'han realitzat comparacions externes d'alguns indicadors amb motiu de la preparació de les Memòries per a l'avaluació EFQM que ha fet cada dos anys. En aquest document es planteja una reflexió més sistemàtica, orientada a explorar el potencial d'integració de manera rutinària d'elements de benchmarking en l'elaboració anual dels seus indicadors de control de gestió. El seu objectiu és definir una bateria d'indicadors que abastin les diverses línies de treball de l'Agència, i dels que es puguin obtenir dades externes per a poder realitzar una comparació externa amb altres serveis de salut pública.

Mètodes

Es planteja establir la comparació amb l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) o altres organismes relacionats vinculats al Departament de Salut de la Generalitat, per ser la més pròxima i la nostra referència autonòmica. També amb els dos organismes de salut pública de l'altra gran zona metropolitana a Espanya, la Direcció General de Salut Pública de la Comunitat Autònoma de Madrid (CAM) i l'organisme autònom municipal Madrid Salud que serveix a la ciutat de Madrid. Les esperables diferències epidemiològiques, de població, i d'activitats sotmeses a control sanitari entre zones rurals i urbanes fan que sigui interessant tenir comparadors tant a nivell autonòmic com a nivell municipal. En el cas de Catalunya, l'existència d'informació per al conjunt de la Regió Sanitària (RS) Metropolitana en alguns àmbits té un valor afegit.

A partir de la informació identificada, es compilen taules comparatives i es valora el seu possible aprofitament per a establir comparacions externes. També es plantegen possibles aspectes de millora en els indicadors de les diferents organitzacions, així com recomanacions per a ampliar la capacitat de comparació. Finalment, el document proposa una sèrie d'indicadors que podrien utilitzar-se en el futur com a nucli de comparació sistemàtica orientada a la millora de qualitat.

La metodologia utilitzada ha estat la cerca en les webs dels organismes implicats de qualsevol informe temàtic o memòria anual que inclogués indicadors de les activitats o resultats dels serveis de salut pública, intentant cobrir els diversos àmbits del seu variat espectre. En el cas de Madrid Salud, s'ha completat en intercanvis amb la responsable de qualitat. Com a referència s'ha utilitzat l'estructura del catàleg de serveis vigent de l'ASPB.

Procés

S'han revisat les línies de treball corresponents als serveis productius de salut pública de l'ASPB, que s'agrupen en sistemes d'informació sanitària, vigilància epidemiològica i intervenció, prevenció i promoció de la salut, vigilància i intervenció ambiental, vigilància i control alimentari, vigilància i control de plagues urbanes, autoritat i administració sanitària, atenció a les drogodependències i laboratori de salut pública, així com de recerca. En general s'ha buscat comparar les dades més recents disponibles, que per a les institucions alienes a l'ASPB eren segons els casos 2016, 2017 o 2018.

Per a sistemes d'informació sanitària no s'han trobat bons indicadors de comparació. En aquest àmbit costa definir indicadors que vagin més enllà de la producció, i a la mateixa ASPB s'està intentant incorporar nous elements al sistema de control de gestió. En vigilància i control de plagues urbanes, activitat desenvolupada també per Madrid Salud, no s'ha trobat informació comparable que vagi més enllà del volum d'activitat.

Per als indicadors de vigilància epidemiològica i intervenció s'han valorat els butlletins epidemiològics amb informació de nombre de casos de determinades malalties i taxes d'incidència, que poden considerar-se com a indicadors de qualitat dels programes de prevenció: en efecte, malgrat dependre de la càrrega de malaltia de la zona estudiada, la seva disminució és un objectiu important a llarg termini. En algun cas (VIH) s'han afegit indicadors relacionats amb els programes d'atenció a les drogodependències.

En prevenció i promoció de la salut s'analitzen indicadors de cribratge de càncer de mama i de malalties vacunables, activitats preventives impulsades des de l'ASPB.

Per als programes d'atenció a les drogodependències, a més de la infecció per VIH en persones que s'injecten drogues ja esmentada, s'ha buscat comparar les dades de mortalitat per sobredosi, i s'hi han afegit els dies d'espera fins a la primera visita mèdica, valorant les dades dels centres de la Ciutat que no són de l'ASPB i que es recullen sistemàticament a l'ASPB.

S'han englobat en un únic bloc d'indicadors de protecció de la salut els propis dels serveis de vigilància i intervenció ambiental, vigilància i control alimentari, i autoritat i administració sanitària, ja que l'estructuració de l'ASPCAT i de les seves memòries d'activitat es fa d'aquesta manera i estan relacionats.

En relació als laboratoris de salut pública, s'inclou informació sobre els mètodes acreditats i el seu pes en l'oferta d'anàlisi.

Per a comparar la producció en matèria de recerca, s'inclouen les publicacions científiques de Madrid Salud i l'ASPB, i tenint present les dimensions de cada ens s'ha estimat un indicador de les mateixes en funció del nombre de persones treballadores.

Finalment, s'ha inclòs una certa comparació pressupostària entre Madrid Salud i l'ASPB, per ser aquestes organitzacions amb competències similars i d'àmbit municipal, i presentar totes dues informació pública sobre aquest àmbit.

Comparació d'indicadors

Vigilància epidemiològica

Per a valorar els programes de vigilància epidemiològica de les diferents institucions, s'han analitzat algunes malalties de declaració obligatòria amb major càrrega de malaltia, i que per tant suposen un problema major de salut pública. Per a algunes menys freqüents s'ha optat per recollir dades plurinuals per controlar les grans variacions que es donen d'un any a l'altre.

S'inclou informació sobre casos nous i incidència que reflecteixen principalment la càrrega de malaltia, atès que la seva reducció és un objectiu prioritari dels programes de prevenció. Per tant, no sols expressen les càrregues de treball en vigilància epidemiològica i control de casos, sinó que també expressen els resultats dels programes de prevenció que es fan des d'altres serveis de salut pública.

Les dades per a la ciutat de Madrid i la Regió Sanitària (RS) de Barcelona Metropolitana només s'han pogut obtenir per a la tuberculosi i el VIH/SIDA, que posseeixen informes específics. Per a la resta de malalties, no hem pogut obtenir les dades desglossades per aquests àmbits, en obtenir-se d'informes de les Comunitats Autònomes que no sempre mostren dades municipal.

Tuberculosi

La tuberculosi és encara un problema de salut pública global, afectant milions de persones, i sent una de les primeres causes de mortalitat a nivell mundial. S'inclouen dades de casos nous, incidència per cada 100.000 habitants, retard diagnòstic, percentatge de pacients bacilífers amb estudi de contactes realitzat, i taxa de compliment del tractament als 12 mesos. Aquests tres últims indicadors formen part del nucli d'indicadors recomanats per l'OMS en la seva estratègia per a acabar amb la tuberculosi (2). Les dades de la ciutat de Madrid i la RS Metropolitana provenen dels respectius informes autonòmics, que proporcionen la millor informació accessible.

Taula 1. Indicadors relacionats amb la tuberculosi, 2017

	CAM³	Madrid Ciutat³	Catalunya⁴	RS Barcelona Metropolitana⁴	Barcelona Ciutat⁵
Casos nous	604	355	999	657	267
Incidència (taxa per 100.000 habitants)	9,28	10,87	13,2	13,2	16,5
Retard diagnòstic (dies)	47	nd	46	nd	49
Proporció de casos bacilífers amb estudi de contactes realitzat (%)	83,9	nd	91,5	90,7	92,2
Taxa de compliment als 12 mesos* (%)	89,7	nd	95,5	nd	96

*Taxa de compliment = (curats/curats + crònics + perduts) x100

Sembla que a Barcelona les dades d'incidència i retard diagnòstic són una mica pitjors que a Madrid i Catalunya, però el compliment del tractament i l'estudi de contactes que són fruit directe de la gestió de casos són una mica millors. S'aprecia que a les dues ciutats la incidència de casos és major que en el conjunt de les respectives comunitats autònomes, fet esperable pel fet que la tuberculosi té major incidència en les grans urbs, per diverses causes. No s'han trobat dades d'alguns indicadors de qualitat per a la ciutat de Madrid ni per a la RS Metropolitana de Barcelona.

VIH/SIDA

La vigilància del VIH té una importància crucial, pel fet que el diagnòstic i el tractament precoç són clau per a evitar el desenvolupament de la síndrome d'immunodeficiència adquirida (SIDA), fase més avançada i greu. A més, malgrat que encara no existeix cura per a la infecció pel VIH, el tractament amb antiretrovirals eficaços permet mantenir controlat el virus i prevenir la transmissió a altres persones.

La vigilància epidemiològica de la infecció per VIH i la sida forma part de la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya, i la notificació dels seus casos es fa dins del Sistema de Malalties de Declaració Obligatòria (EDOs), en el cas de la sida des de 1987, i en el VIH des de 2010, sent des del 2001 al 2010 de declaració voluntària individual (6). A Catalunya no la gestiona la ASPCAT sinó el Centre d'Estudis

Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT).

S'inclouen tant casos nous d'infecció per VIH com casos nous de malaltia de SIDA. A més, s'inclouen indicadors de VIH/SIDA entre persones que s'injecten drogues (PID) que reflecteixen la qualitat dels programes de reducció de danys en les que són injectores), i dos indicadors sobre el recompte leucocitari en el moment del diagnòstic, que reflecteixen la qualitat de la vigilància i del diagnòstic precoç.

Taula 2. Indicadors relacionats amb VIH/SIDA, 2016

	CAM^{7,8}	Madrid Ciutat⁹	Catalunya⁶	RS Barcelona Metropolitana⁶	Barcelona Ciutat¹⁰
Casos nous VIH	1047	752	635	510	304
Incidència VIH (taxa per 100.000 habitants)	16,2	23,1	8,4	10,2	19,4
Casos nous SIDA	150	90	99	nd	35
Incidència SIDA (taxa per 100.000 habitants)	2,3	2,8	1,3	nd	2,2
Casos nous VIH entre PID*	12	nd	36	nd	18
Casos nous SIDA entre PID*	10	nd		nd	7
Casos amb diagnòstic tardà** (%)	32,1	32,5	43	nd	38,5
Casos amb malaltia avançada en el moment del diagnòstic*** (%)	17,9	18	23	nd	15,5

PID: persones que s'injecten drogues.

Diagnòstic tardà: recompte de limfòcits T CD4 amb menys de 350 cels. / mm².

Malaltia avançada en el moment del diagnòstic: recompte de limfòcits T CD4 amb menys de 200 cels. / mm².

Com per a la tuberculosi, s'aprecia que a les dues ciutats hi ha una incidència major que en les seves comunitats autònomes. Madrid presenta la major taxa

d'incidència tant de VIH com de SIDA. Les dades de casos nous entre usuaris de drogues permeten valorar els programes de prevenció específics en aquestes poblacions (seria interessant veure la tendència temporal, ja que un número absolut petit aporta poca informació).

Els dos indicadors que reflecteixen el moment del diagnòstic tenen valor perquè avaluen la qualitat del sistema de vigilància, ja que un objectiu general seria diagnosticar els casos en una fase precoç, sense arribar a un recompte leucocitari baix. Aquí s'observa com Catalunya i Barcelona presenten percentatges més alts de casos amb diagnòstic tardà, i no obstant això Barcelona és la que detecta menys casos que hagin arribat a malaltia avançada.

Sífilis

La sífilis és una malaltia de transmissió sexual paradigmàtica. El seu diagnòstic és complex per presentar una simptomatologia heterogènia, però la seva vigilància és important per a limitar la seva transmissió i per les complicacions que poden ocórrer si no es tracta.

Taula 3. Indicadors relacionats amb la sífilis, 2016-17

	CAM^{11,12}	Madrid Ciutat	Catalunya¹³	RS Barcelona Metropolitana	Barcelona Ciutat¹⁰
Casos notificats 2016	566	nd	1.404	nd	691
Taxa per 100.000 habitants	8,75	nd	18,5	nd	42,7
Casos notificats 2017	618	nd	1.626	nd	1.099
Taxa per 100.000 habitants	9,5	nd	22,9	nd	68,6
Taxa anual acumulada 2016-17	9,1	nd	20,7	nd	55,7

No s'han trobat dades desglossades per a la ciutat de Madrid ni per a la RS Metropolitana de Barcelona. Es detecten més casos de sífilis a Barcelona ciutat que en tota la Comunitat de Madrid. Barcelona té les majors taxes els dos anys, amb un percentatge del 50-70% dels casos de tota Catalunya. Podria ser que la qualitat de la notificació sigui diversa entre territoris, i que els casos i taxes reflecteixen tant aquest fenomen com la incidència real.

Malaltia meningocòccica

La malaltia meningocòccica és una infecció produïda pel meningococ. Aquest bacteri es transmet per l'aire a través de gotes, que s'eliminen en esternudar, tossir, besar-se, etc. El contagi no és fàcil, i per això sol contagiar-se en llocs tancats amb molta gent, com col·legis o casernes. La majoria dels casos es donen a la infància, i especialment en els primers anys de vida. En els calendaris de vacunació de Catalunya i la CAM s'inclou la vacuna enfront de diversos serogrupos del meningococ. Per tant, les dades d'incidència reflecteixen tant l'èxit dels programes preventius basats en la vacunació com el control de casos secundaris.

Taula 4. Indicadors de malaltia meningocòccica, 2017-18

	CAM^{14,15}	Madrid Ciutat	Catalunya¹⁶	RS Barcelona Metropolitana	Barcelona Ciutat¹⁰
Casos notificats 2017	27*	nd	63	nd	39
Taxa per 100.000 habitants	0,41	nd	0,83	nd	2,41
Casos notificats 2018	34**	nd	79	nd	41
Taxa per 100.000 habitants	0,52	nd	1,04	nd	2,53
Taxa acumulada 2017-18	0,46	nd	0,93	nd	2,47

*Temporada 2016/2017, del 10 d'octubre 2016 al 8 d'octubre 2017. **Temporada 2017/2018, del 9 d'octubre 2017 al 7 d'octubre 2018

Les xifres petites es beneficien de l'estimació de dades acumulades. Com succeïa amb la sífilis, més del 50% dels casos de Catalunya es donen a Barcelona que té les majors taxes. No s'han trobat dades de la ciutat de Madrid ni de la RS Metropolitana de Barcelona. Seria interessant conèixer els casos per serotip, i veure quants corresponen a gent no vacunada. Com en el cas de la sífilis, queda el dubte de si les diferències expressen diversa incidència o són fruit d'una qualitat diferencial de la notificació de casos.

Legionella

La legionel·losi és un bacteri ambiental, que des de reservoris naturals pot colonitzar sistemes de proveïment urbans. S'associa habitualment a casos relacionats amb instal·lacions de risc com ara les torres de refrigeració, banyeres d'hidromassatge, fonts ornamentals, aigua calenta sanitària, etc., on troba condicions favorables per a multiplicar-se i propagar-se. És tasca de les organitzacions de salut pública realitzar actuacions de prevenció i de control sanitari oficial en les instal·lacions amb el risc de dispersió de legionella, per la qual cosa les dades d'incidència reflecteixen parcialment l'èxit d'aquestes actuacions. Posteriorment en els indicadors de Protecció de la Salut s'entrarà en més detall sobre aquestes inspeccions.

Taula 5. Indicadors relacionats amb la legionella, 2016-17

	CAM^{11,12}	Madrid Ciutat	Catalunya ^{17,18}	RS Barcelona Metropolitana	Barcelona Ciutat¹⁰
Casos notificats 2016	53	nd	255	nd	56
Taxa per 100.000 habitants	0,82	nd	3,35	nd	3,45
Casos notificats 2017	87	nd	450	nd	66
Taxa per 100.000 habitants	1,34	nd	5,92	nd	4,12
Taxa acumulada 2016-17	1,08	nd	4,64	nd	3,79

La proporció de casos vinculats a brots ha baixat històricament, sent del 7,1% i 15,1% en 2016 i 2017 a Barcelona Ciutat. En la Comunitat de Madrid no es va declarar cap brot en 2016 ni en 2017. No s'ha trobat aquesta informació en els butlletins epidemiològics de Catalunya, i per tant s'ha optat per no incloure l'indicador a la taula.

Prevenció i promoció de la salut

Malalties vacunables

El xarampió és una malaltia vírica molt contagiosa, de la qual han aparegut nombrosos brots recentment en països europeus. La rubèola és una malaltia vírica menys contagiosa i més lleu, però que pot tenir conseqüències greus si afecta dones embarassades. L'estratègia fonamental de prevenció de totes dues malalties és la vacunació, tant a nivell individual com a nivell poblacional.

Des dels anys 1980, a Espanya es va iniciar l'ús general de la vacuna triple vírica (Xarampió, Rubèola i Parotiditis). Hi ha països on no existeixen programes universals de vacunació o tenen cobertures incompletes, per la qual cosa poden transmetre's a través de viatgers internacionals. Malgrat això, a Espanya l'èxit de la vacunació ha estat molt notori, disminuint dràsticament els casos. Això fa difícil les comparacions, tant regionals com anuals, ja que els casos solen agrupar-se en brots i alterar enormement les estadístiques. S'ha optat per agrupar anys.

Taula 6. Indicadors de malalties prevenibles mitjançant vacunes, 2016-18

	CAM^{19,20,21}	Madrid Ciutat	Catalunya ^{19,20,21}	RS Barcelona Metropolitana	Barcelona Ciutat¹⁰
Casos notificats xarampió 2016	20	nd	35	nd	17
Taxa per 1.000.000 habitants	3,0	nd	4,6	nd	10,5
Casos notificats xarampió 2017	11	nd	130	nd	67
Taxa per 1.000.000 habitants	1,7	nd	17,1	nd	41,4
Casos notificats xarampió 2018	33	nd	56	nd	37
Taxa per 1.000.000 habitants	5,0	nd	7,4	nd	22,8
Taxa anual de xarampió 2016-18	3,2	nd	9,7	nd	24,9
Casos notificats rubèola 2016	6	nd	2	nd	3
Taxa per 1.000.000 habitants	0,9	nd	0,3	nd	1,9
Casos notificats rubèola 2017	2	nd	10	nd	1
Taxa per 1.000.000 habitants	0,3	nd	1,3	nd	0,6
Casos notificats rubèola 2018	0	nd	1	nd	1
Taxa per 1.000.000 habitants	0	nd	0,1	nd	0,6
Taxa anual de rubèola 2016-18	0,4	nd	0,6	nd	1,0

A la taula s'aprecia una fluctuació notable de les dades anuals. En el cas del xarampió, els casos de Barcelona suposen més del 50% dels casos de Catalunya. El 2017 els casos augmenten molt, possiblement perquè es van registrar brots, cosa que també ocorre aquest any amb la rubèola. A la taxa acumulada dels 3 anys veiem com Barcelona registra les taxes més altes de totes dues malalties.

Càncer de mama

L'objectiu general dels programes de detecció precoç de càncer de mama és disminuir la mortalitat per càncer de mama de la població diana, que per a l'ASPB són les dones de 50 a 69 anys d'edat. Uns indicadors que poden reflectir bé l'èxit d'aquests programes són els de mortalitat. També es valoren indicadors que reflecteixen la realització de mamografies en el període definit per a la detecció precoç. A Barcelona el programa de detecció precoç de càncer de mama (PDPCM) comença al novembre de 1995. L'ASPB en coordina l'Oficina Tècnica, que gestiona el reclutament, i assumeix el rol de mediació i articulació de les tasques derivades de la posada en marxa i avaluació del programa a la ciutat.

S'han obtingut les dades de mortalitat en la població diana a través de l'INE i de l'Enquesta de Salut de Barcelona. La taxa més alta de mortalitat en 2017 és la registrada a Barcelona, encara que és comparable a les de la Comunitat de Madrid i Catalunya. No obstant això, si mirem el percentatge de dones que s'ha realitzat mamografia en els últims dos anys, veiem com a Barcelona la cobertura és major.

L'altre indicador que es revisa és un intent de comparació de quantes mamografies referides en les enquestes s'atribueixen a un programa de garbellat. Això té moltes limitacions, ja que la pregunta no és la mateixa, i tampoc la població diana: en la ENSE són "dones de 15 i més anys que s'han realitzat una mamografia alguna vegada", mentre que en l'Enquesta de Barcelona són dones en la franja d'edat en la qual es recomana el garbellat, de 50 a 69 anys. Coneixent això, i en observar tanta discrepància entre les dades, es pot dubtar de la seva comparabilitat.

Taula 7. Indicadors de càncer de mama, 2017

	CAM	Madrid Ciutat	Catalunya	RS Barcelona Metropolitana	Barcelona Ciutat
Dones mortes per tumor maligne de mama entre els 50-69 anys^{22,23}	272	nd	330	nd	81
Taxa de mortalitat per 100.000 dones de 50-69 anys*	32,77	nd	35,07	nd	38,45
Realització de mamografia en els últims 2 anys per cribatge en dones de 50-69 anys (%)^{23,24}	84,3	nd	81,4	nd	89,8
Consulta de mamografia deguda a programes de cribatge poblacional** (%)^{23,24}	19,7	nd	40,6	nd	42,8

*Taxes calculades amb dades de l'INE i de l'Anuari Estadístic de la Ciutat de Barcelona;

**Les dades de Barcelona són del 2016/17 (Enquesta de Salut de Barcelona 2016/17), i els de la CAM i Catalunya surten de l'Enquesta Nacional de Salut 2017 (ENSE 2017)

Prevenció i atenció a les drogodependències

Hem inclòs algun indicador a la taula de VIH/sida que de fet reflecteix la qualitat de l'atenció en drogues, però per a l'atenció a les drogodependències la majoria de dades disponibles són merament d'activitat. Un bon indicador seria la mortalitat per sobredosi, però el risc de sobredosi és intrínsecament major a Catalunya que a Madrid per la major freqüència de consum injectat a causa de les diferències en el mercat d'heroïna entre les dues comunitats (que afavoreix la injecció a Catalunya i altres vies a Madrid). Aquest fet fa que no siguin molt comparables les dades entre Madrid i Barcelona/Catalunya, però s'inclou en la taula.

Un altre indicador útil seria el temps transcorregut des de la petició de cita fins que es realitza la primera visita mèdica al CAS. Aquesta informació està disponible per als Centres d'Atenció i Seguiment de la ciutat Barcelona on es pot diferenciar entre els que gestiona l'ASPB i els altres ('BCN altres' a la taula), però aquesta informació no s'ha trobat per a àmbits territorials diferents de la ciutat. Aquests condicionants limiten les comparacions, encara que de totes maneres es pot intentar un abordatge.

Taula 8. Indicadors de prevenció i atenció a les drogodependències, 2017-18

	Catalunya ²⁵	Barcelona Ciutat ¹⁰	BCN altres	ASPB
Temps d'espera fins a primera visita mèdica (dies), 2017	nd	24,1	28,2	14,8
Temps d'espera fins a primera visita mèdica (dies), 2018	nd	21,1	22,6	16,7
Morts per sobredosis, 2017	200	62	na	na
Morts per sobredosis, 2018	197	46	na	na

nd: no disponible. na: no aplicable.

Els centres de la ciutat de Barcelona es desglossen entre els que gestiona l'ASPB i la resta ('BCN altres' a la taula).

Protecció de la salut

Es combinen com a indicadors de protecció de la salut els dels serveis de vigilància i intervenció ambiental, vigilància i control alimentari, i autoritat i administració sanitària. En total s'han valorat cinc indicadors, tres centrats en el control i vigilància d'establiments amb instal·lacions d'alt risc de legionel·losi.

Taula 9. Indicadors de serveis de protecció de la Salut, 2018

	CAM²⁶	Madrid Ciutat **	Catalunya ²⁷	RS Barcelona Metropolitana ²⁷	Barcelona Ciutat²⁷
Àmbit general de protecció de la salut					
Propostes de sanció contra establiments inspeccionats	157*	140	213	7	77
Suspensions d'activitat o tancament d'establiments	23	nd	197	16	100
Àmbit de control del risc de legionel·losi					
Establiments amb instal·lacions d'alt risc de legionel·losi inspeccionades	2.449	384	3.402	1.361	187
Mostres d'aigua obtingudes en instal·lacions d'alt risc de legionel·losi	549	148	3676	666	1.329
Conformitat amb normes dels establiments amb instal·lacions d'alt risc de legionel·losi (%)	92,5	96,6	81,3	86,2	56,0

*Sector alimentari; **Dades obtingudes mitjançant contacte epistolar amb la responsable de Qualitat de Madrid Salud, i les propostes de sanció corresponen únicament a MercaMadrid. Els establiments amb risc de legionel·losi inspeccionats per Madrid Salud corresponen a 124 instal·lacions de l'Ajuntament i 260 a sistemes de nebulització a terrasses/vetlladors i en comerç minorista.

Els serveis de protecció de la salut són difícils de comparar, ja que reflecteixen controls que poden ser heterogenis. En aquest cas, les comparacions amb Madrid vénen dificultades pel fet que en els seus informes es veu reflectida fonamentalment l'activitat en un o altre segment d'establiments, mentre que els de Barcelona fan referència a tots els establiments de la ciutat, tant ambientals com de seguretat alimentària.

La conformitat amb la norma dels establiments amb instal·lacions d'alt risc de legionel·losi és molt més baixa a Barcelona. Això pot ser perquè estiguin en pitjor situació, o perquè el grau d'exigència sigui major a la ciutat (en la taula de vigilància epidemiològica, Catalunya sofreix una taxa d'incidència de legionel·losi més elevada que Barcelona).

De fet, s'aprecia que a Barcelona hi ha més propostes de sanció contra establiments, la qual cosa podria ser deguda a que estiguin en pitjor situació, o bé que els seus inspectors siguin més exigents en l'activitat de control.

Laboratori

Els laboratoris de salut pública contribueixen de manera notable a la identificació i al control de problemes de salut pública mitjançant el suport analític a les àrees de seguretat alimentària i mediambiental, així com a tasques de vigilància epidemiològica i control de malalties infeccioses.

S'han pogut comparar el laboratori de Madrid Salud, el regional de salut pública de la CAM, i el laboratori de l'ASPB, relativament similars en activitat i grandària, i tots ells sotmesos a l'ISO 17025 mitjançant l'Entitat Nacional d'Accreditació (ENAC) (28). La comparació s'ha centrat en els mètodes acreditats.

Taula 10. Indicadors del Laboratori, 2018

	CAM Laboratori Regional ²⁹	Madrid Ciutat ³⁰	ASPB¹⁰
Mètodes acreditats microbiologia	34	47	44
Mètodes acreditats química	27	116	103
Mètodes acreditats totals	61	163	147
Mètodes d'anàlisi disponibles	nd	213	183
Percentatge de mètodes acreditats sobre el total de mètodes (%)	nd	76,5	80
Acreditacions d'abast flexible	8	17	74

Es pot observar com el Laboratori de Madrid Salud i el de l'ASPB són bastant similars quant a nombre de mètodes acreditats, que és una mica superior a Madrid Salud. Aquestes petites diferències poden ser un artefacte en figurar algunes acreditacions agrupades o desagregades (per exemple, a Madrid Salud, els mètodes d'assaig per a detectar metalls en aigües de consum i continentals suposen set acreditacions diferents, mentre que a l'ASPB els mateixos assajos estan coberts per una única acreditació agrupada). Tots dos laboratoris tenen molts més mètodes acreditats que el Regional de Salut Pública de la CAM, que és un laboratori més petit.

El laboratori de l'ASPB posseeix a més 74 mètodes amb una acreditació d'abast flexible (72 són d'anàlisi química), considerada com a marcador de qualitat superior ja que no requereix una avaluació/auditoria per l'organisme d'acreditació prèvia a la incorporació de cada nova matriu o anàlit a l'abast prèviament acreditat. El laboratori Regional de Salut Pública de la CAM posseeix 8 mètodes d'acreditació d'abast flexible, i el de Madrid Salud 17.

No s'ha localitzat informació sobre el total de mètodes utilitzats en el Regional de Salut Pública de la CAM i a Madrid Salud, la qual cosa impedeix calcular el percentatge de mètodes acreditats del total de mètodes utilitzats, que seria un indicador d'interès.

Recerca

És possible comparar les dues institucions més similars entre si, Madrid Salud i l'ASPB en la seva tasca de recerca perquè ambdues inclouen en les seves memòries alguna informació.

A l'ASPB les activitats de Docència i Recerca estan coordinades per l'ARDOC, que s'encarrega de presentar informes pluriannals de l'activitat de l'agència en aquestes matèries. A Madrid Salud no existeixen informes semblants, però hi ha informació sobre les tasques de recerca i les seves publicacions apareixen en les seves memòries anuals.

No s'han pogut elaborar indicadors comparables en Docència. En l'apartat de Recerca s'han utilitzat indicadors relacionats amb el nombre de publicacions en revistes científiques, sense poder comparar els projectes de recerca per la falta d'homogeneïtat en els criteris que els defineixen (a l'ASPB sols es comptabilitzen com a projectes de recerca els que reben finançament extern de fons competitiu).

Taula 21. Indicadors de recerca, 2015-18.

	Madrid Salud²⁹	ASPB³¹
Publicacions anuals en revistes científiques (mitjana anual 2015-18)	21,2	29,7
Publicacions anuals/ 100 persones	1,85	9,75

Com s'aprecia en la taula, l'ASPB té una major producció que Madrid Salud, especialment en termes relatius a la seva plantilla. Ha realitzat un total de 9,75 publicacions per 100 persones-any el 2015-18, enfront d'una estimació de 1,85 per a Madrid Salud.

Gestió econòmicofinancera

No s'han trobat dades desagregades de plantilla de la Direcció General de Salut Pública de la Comunitat de Madrid ni de l'ASPCAT, en estar agregats en el total de personal de la Conselleria de Salut.

La taula mostra com en plantilla i pressupost la ciutat de Madrid triplica els recursos de l'ASPB (la població de Madrid duplica la de Barcelona). El pressupost per habitant és una mica major a Madrid, encara que cal tenir en compte que totes

dues institucions no tenen la mateixa cartera de serveis. No obstant això, l'ASPB té un pressupost per persona treballadora major que Madrid Salud (un possible indicador d'eficiència), i dedica més percentatge de pressupost a inversions.

Taula 32. Indicadors de gestió pressupostària

	Madrid Salud²⁹	ASPB¹⁰
Pressupost (€)	80.458.178	30.810.382
Plantilla	1.151	305
Població (milions habs.)	3,27	1,60
Pressupost per habitant* (€)	24,6	19,2
Pressupost per treballador** (€)	69.903	101.000
Esforç inversor*** (%)	1,00	3,5

* Pressupost dividit entre el nombre d'habitants de la Ciutat.

** Pressupost dividit entre el nombre de persones treballadores de la institució.

*** Percentatge del pressupost destinat a Inversions.

Conclusions i recomanacions

Alguns condicionants i aspectes de millora

Existeix una limitació temporal en l'elaboració d'indicadors, i és que, a l'ésser un pas final en el procés d'avaluació i qualitat, triguen temps a ser presentats. Això fa que, per a molts indicadors d'aquest informe, elaborat al juliol de 2020, no tinguem informació més enllà de 2018.

És desitjable una estandardització dels indicadors dels serveis de salut pública a nivell nacional, conservant indicadors territorials particulars, però sempre amb la idea a llarg termini de seguir les pautes internacionals en matèria d'elaboració d'indicadors.

En vigilància epidemiològica seria convenient definir indicadors de qualitat dels programes i intervencions, per a avaluar no sols com evolucionen les malalties sinó per a poder observar l'impacte dels programes en aquesta evolució.

Seria interessant conèixer millor els mètodes utilitzats per cada Laboratori. Les dades de Madrid Salud s'han obtingut directament dels informes d'ENAC, la qual cosa ha suposat un treball extra considerable a l'hora d'elaborar la comparació. Aquesta informació podria ser reflectida en informes oficials, com la memòria anual de Madrid Salud, de forma resumida i de més fàcil interpretació.

Hi ha serioses dificultats en la comparació pressupostària i de gestió entre organitzacions. Només han pogut comparar-se unes poques dades dels organismes autònoms de totes dues ciutats.

En drogodependències seria desitjable buscar indicadors de comparació externa, que haurien de ser factibles per a la comparació entre centres assistencials.

Es comprova que la comparació d'organitzacions de salut pública és complexa. Les seves carteres de serveis són diverses. Molts programes no són avaluats sistemàticament, o la seva avaluació no és pública, dificultant la disponibilitat d'indicadors comparables. Els que presenten les memòries són en la seva gran majoria indicadors d'activitat o de càrregues de treball, que depenen d'aspectes estructurals i de dotació de recursos, i no poden mesurar l'acompliment o la vàlua de l'activitat realitzada.

Aspectes per als quals es podrien definir nous indicadors

Es proposen alguns indicadors que es creu que podrien obtenir-se de forma relativament senzilla, i que podrien ajudar a la comparació externa:

Són necessaris indicadors per a avaluar la qualitat dels serveis de sistemes d'informació sanitària. Es suggereix generar indicadors que reflecteixin el temps transcorregut entre l'obtenció de les dades i la seva publicació en informes.

En el cas de la sífilis, seria interessant conèixer en quin moment es diagnostica la malaltia. El percentatge de casos de sífilis primària, podria reflectir el diagnòstic precoç resultant d'una bona vigilància.

Per a la meningitis és important el control dels brots de manera precoç. Tal vegada es podria obtenir el percentatge de casos en què s'aborda quimioprofilaxis en les primeres 24 hores, o la proporció de casos que són secundaris i per tant potencialment prevenibles.

En protecció de la salut, seria desitjable disposar d'indicadors estandaritzats que reflecteixin el resultat final de les intervencions, i no solament el registre de l'activitat. En aquest sentit, es recomana l'elaboració d'indicadors que reflecteixin percentatges de compliment sobre la base de la normativa, tant en controls de desinfecció, com en inspeccions a centres amb instal·lacions d'alt risc de legionel·losi, com en inspeccions d'establiments alimentaris.

Quant als Laboratoris, seria interessant conèixer el percentatge de mètodes acreditats sobre el total de mètodes utilitzats, i també les acreditacions anuals noves per a elaborar sèries temporals (aquesta dada la coneixem a l'ASPB, però no per la resta de laboratoris).

Proposta inicial d'indicadors per a una comparació més sistemàtica

Finalment, a partir d'aquest informe es proposa un conjunt d'indicadors que podrien utilitzar-se de manera immediata per a comparació entre organitzacions de salut pública de manera sistemàtica. Aquests estan disponibles ja (amb una certa demora) per a l'ASPB i alguns altres àmbits territorials, i podrien anar-se ampliant de manera escalonada en el futur, a mesura que es garanteixi la disponibilitat i validesa d'altres indicadors.

Vigilància epidemiològica:

- Retard diagnòstic (dies) de la tuberculosi
- Percentatge dels casos positius amb malaltia bacil·lífera tuberculosa amb estudi de contactes realitzat (%)
- Taxa de compliment als 12 mesos del tractament de la tuberculosi (%)
- Casos amb diagnòstic tardà de VIH sobre el total de casos nous (%)
- Casos amb malaltia avançada per VIH en el moment del diagnòstic sobre el total de casos nous (%)
- Taxes poblacionals acumulades de forma pluriannual per algunes malalties principals.

Programes de prevenció i promoció de la salut:

- Taxes poblacionals acumulades de malalties infeccioses vacunables rellevants (xarampió, rubèola...).
- Realització de mamografia auto-reportada en els darrers 2 anys per a cribratge de càncer de mama, en dones entre 50-69 anys (%)
- Dones entre 50-69 anys mortes per tumor maligne de la mama, i taxa per 100.000 habitants

Atenció a les drogodependències:

- Morts per reacció aguda adversa a drogues (sobredosi) en persones de 15-64 anys
- Demora fins a realització de primera visita mèdica en un CAS (dies)

Protecció de la salut:

- Nombre de suspensions d'activitat o tancaments d'establiments
- Establiments amb instal·lacions d'alt risc de legionel·losi inspeccionats

- Conformitat amb normes dels establiments amb instal·lacions de risc de legionel·losi inspeccionats (%)

Laboratori de salut pública:

- Percentatge de mètodes acreditats sobre el total de mètodes utilitzats en el laboratori
- Nombre d'acreditacions d'abast flexible que posseeix el laboratori

Recerca:

- Publicacions anuals en revistes científiques
- Publicacions anuals/100 persones

Comparació pressupostària i de gestió:

- Pressupost per persona (€) de la institució
- Percentatge del pressupost dedicat a inversió de la institució.

Referències

1. Villalbí JR, Casas C, Bartoll X, et al. Indicadores para la gestión de los servicios de salud pública. Gac Sanit. 2010; 24: 378-84.
2. WHO, 2017. Global Tuberculosis Report 2017: Leave no one behind - Unite to end TB, WHO - Technical Report Series; 727. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.11450>
3. Comunidad de Madrid, Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 10. Volumen 24. Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2017. Disponible en: <http://www.madrid.org>
4. Generalitat de Catalunya, Agència de Salut Pública de Catalunya, Informe anual 2017 Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Febrer 2019. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3862/tuberculosi_catalunya_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Agència de Salut Pública de Barcelona. Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosis de Barcelona, La Tuberculosis a Barcelona. Informe 2017. Disponible en: <https://www.aspb.cat/documents/la-tuberculosis-a-barcelona-2017/>
6. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la SIDA a Catalunya. Informe anual 2018. Badalona: CEEISCAT; 2019. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4458/informe_vigilancia_epidemiologica_infeccio_VIH_SID_A_Catalunya_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Situación epidemiológica de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid. 31 de diciembre de 2018. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/vih_2018_pagina_web.pdf
8. Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020308.pdf>
9. Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid. 2018. Disponible en: https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Otros%20documentos%20y%20procedimientos/Estudio_de_Salud_de_la_CiudaddeMadrid_2018ok.pdf
10. Agència de Salut Pública de Barcelona. Memoria Anual 2018. Disponible en: <https://www.aspb.cat/documents/memoria-2018-aspb/>
11. Dirección General de Salud Pública. Servicio de epidemiología. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 11. Volumen 24. Noviembre 2018.

Morbilidad por enfermedades de Declaración Obligatoria Año 2017. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_edo_2017.pdf

12. Dirección General de Salud Pública. Servicio de epidemiología. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 11. Volumen 24. Noviembre 2017. Morbilidad por enfermedades de Declaración Obligatoria Año 2016. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020199.pdf>

13. Generalitat de Catalunya, Agència de Salut Pública de Catalunya. Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya. Informe anual 2016-17-18. Disponible en: http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia_salut_publica/vih-sida-its-hv/Monitoratge-i-avaluacio/ceeiscat

14. Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2017/18. Febrero 2018. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_enf_meningococica_2017_2018.pdf

15. Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2016/17. Febrero 2019. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020271.pdf>

16. Generalitat de Catalunya, Sub-direcció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Situació de la malaltia meningocòccica a Catalunya. Informe Tècnic. Gener 2019. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3908/situacio_malaltia_meningococica_catalunya_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

17. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Agència de Salut Pública de Catalunya. Butlletí Epidemiològic de Catalunya, Desembre 2017. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Actualitat/Butlletins/Promocio_proteccio_salut/bec_butlleti_epidemiologic_de_catalunya/2017/BEC-Desembre-2017.pdf

18. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Agència de Salut Pública de Catalunya. Butlletí Epidemiològic de Catalunya, Desembre 2016. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Actualitat/Butlletins/Promocio_proteccio_salut/bec_butlleti_epidemiologic_de_catalunya/2016/bec_desembre_2016.pdf

19. Generalitat de Catalunya, Agència de Salut Pública de Catalunya. Programa d'eliminació del xarampió, la rubèola postnatal i la síndrome de la rubèola congènita a Catalunya. Informe anual 2016. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/X/xarampio/arxiu/informe-anual-xar-rub-src2016.pdf

20. Generalitat de Catalunya, Agència de Salut Pública de Catalunya. Programa d'eliminació del xarampió, la rubèola postnatal i la síndrome de la rubèola congènita a Catalunya. Informe anual 2017. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/X/xarampio/arxiu/informe-anual-xar-rub-src2017.pdf

21. Generalitat de Catalunya, Agència de Salut Pública de Catalunya. Programa d'eliminació del xarampió, la rubèola postnatal i la síndrome de la rubèola congènita a Catalunya. Informe anual 2018. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/X/xarampio/arxiu/informe-anual-xar-rub-src2018.pdf

22. Instituto Nacional de Estadística. INE. Defunciones por causas. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

23. Agència de Salut Pública de Barcelona. Enquesta de Salut de Barcelona de 2016. Disponible en: <https://www.aspb.cat/documents/enquesta-de-salut-de-barcelona-2016-17-resultats-detallats/>
24. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud España 2017. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_MOD2_REL.pdf
25. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Agència de Salut Pública de Catalunya. Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya. Informe anual 2019. Disponible en: http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/INFORME-SIDC-2019_ok.pdf
26. Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Memoria de actividades 2017. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020170.pdf>
27. Generalitat de Catalunya, Agència de Salut Pública de Catalunya. Sub-direcció General de Seguretat Alimentària i Protecció de la Salut. Indicadors de les activitats de control oficial i altres actuacions de protecció de la salut. 2016. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Per-perfils/Empreses-i-establiments/ambit-alimentari/documents-tecnics-salut-alimentaria/informes-tecnics/arxius/indicadors-proteccio-2016.pdf
28. Inicio - Portal ENAC URL <https://www.enac.es/web/enac> (accessed 7.28.20).
29. Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Informe Anual. 2018. Disponible en: <https://transparencia.madrid.es/portales/transparencia/es/Organizacion/Planes-y-memorias/Memorias/Memorias-anuales-2018/?vgnextfmt=default&vgnextoid=1bf4ce8175a6b610VgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnextchannel=413ead8d53a28510VgnVCM2000001f4a900aRCRD>
30. Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Memoria de actividades 2018. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020282.pdf>
31. Agència de Salut Pública de Barcelona. La recerca i la docència a l'Agència de Salut Pública de Barcelona. Memòria 2015-2018. Disponible en: <https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2020/05/ASPB-Memoria->

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**

Connectem
   

www.aspb.cat